Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

ZP.20.DAOiK.2022

**FORMULARZ OFERTY**

**Sukcesywna dostawa materacy przeciwodleżynowych dla Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w 2022 r.**

***I. Wykonawca:***

1. Nazwa i adres

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

a) NIP.................................................................................

b) REGON...........................................................................

c) Telefon...........................................................................

d) E-mail.............................................................................

e) nr KRS lub innego dokumentu:......................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferujemy wykonanie zamówienia dot. sukcesywnej dostawy materacy przeciwodleżynowych dla Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w 2022 r. w zakresie i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami w następujący sposób:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto \* | Stawka podatku VAT w % | Cena brutto \* |
| 1. | Materac przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy- bąbelkowy o wymiarach 200 x 90 x 6,5 cm. Materiał: PCV  Max. obciążenie: 125 kg  Wyposażony w kołnierz dla lepszej stabilizacji.  W komplecie kompresor, który umożliwia zmianę ciśnień w poszczególnych komorach materaca.  Materac refundowany przez NFZ |  |  |  |

\* cena z uwzględnieniem kosztów dostawy

Oświadczam/y, że:

1) deklarujemy 30 dniowy termin płatności licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

2) akceptujemy warunki zawarte we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

…..………………………….…….. …………..………………………………

data sporządzenia oferty Podpis i pieczątka osoby

upoważnionej do składania ofert